N° 3 Première Année. Novembre 1891

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France. . . . . 10 fr. par an.
Étranger . . . . 12 fr. —

PARIS

V^VE BABÉ ET CIE, LIBRAIRES-ÉDITEURS

3, Place de l'École-de-Médecine, 3

MEMBRES FONDATEURS :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Boucheron.
4. Cartaz.
5. Chatellier.
6. Duplay.
7. Fauvel.
8. Garrigou-Desarénes.
9. Gellé.
10. Gille.
11. Gouguenheim.
12. Hermet.
13. Ladreit de Lacharrière.
14. Lévi.
15. Lubet-Barbon.
16. Luc.
17. Marage.
18. Martin.
19. Ménière.
20. Miot.
21. Moura-Bourouillou.
22. Potiquet.
23. Proust.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

COMPOSITION DU BUREAU :

Président :	MM.	Gellé.
Vice-Président :		Cartaz.
Secrétaire général :		Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel :		Marage.
Trésorier :		Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général*, *rue du Four*, 51.

N° 3. PREMIÈRE ANNÉE. NOVEMBRE 1891.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 novembre.

Présidence de M. Gellé.

Sur un rapport favorable de M. Marage, secrétaire annuel, M. Lichtwitz (de Bordeaux) est nommé à l'unanimité membre correspondant national de la Société.

Otite suppurée, accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis grave.

Par le Dr Gellé.

Ce titre donne un tableau complet de l'objet de ma communication et dit son importance.

La relation de cause à effet est démontrée, mais encore méconnue de beaucoup de médecins, et doit être vulgarisée. La cause première est le tamponnement postérieur des fosses nasales, rendu indispensable par une épistaxis rebelle ; l'effet, imprévu le plus souvent bien qu'assez facilement explicable et d'une gravité inquiétante, est la suppuration d'une ou des deux oreilles, avec accidents cérébraux, comme masque trompeur.

J'ai déjà deux fois traité ce sujet négligé par les praticiens,

bien que les premiers faits, portés par moi, après celui du Dr Créquy, devant la Société de médecine pratique, datent de 1882. Devant la Société d'otologie et de laryngologie, j'ai lu quelque temps après de nouvelles observations suivies de réflexions sur la genèse de la complication auriculaire dans l'épistaxis. Alors j'ai discuté la valeur des conseils donnés pour la prévenir, et j'avais conclu, en produisant des preuves sérieuses, que le tamponnement postérieur des fosses nasales dans l'épistaxis est un traitement dangereux, non seulement pour les oreilles, mais pour la vie.

Depuis, ces idées ont pris corps et se sont répandues. La pathogénie de l'accident otique est bien comprise, mais on ne délaisse pas la pratique du tampon postérieur. Avec le professeur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, on pense que c'est une question de tampon ; que sa forme, son volume étant bien calibrés et disposés aux choanes, il n'y a plus de danger à redouter.

Cependant, le temps pendant lequel le tampon reste en place, pendant lequel il séjourne dans l'orifice nasal, auprès du pavillon de la trompe qu'il comprime forcément, a paru avec raison être un des éléments importants de la production de cette redoutable complication; aussi Tillaux conseille-t-il de laver les cavités nasales dès le deuxième jour ; mais il laisse le tampon postérieur jusqu'au quatrième jour. Or, dans les deux mémoires que j'ai publiés sur ce sujet j'ai montré, faits en mains, que les oreilles avaient déjà suppuré, bien que le tampon ait été enlevé au bout de deux jours. Cette rapidité d'évolution peut étonner, mais l'analyse des faits permet peut-être de la comprendre.

Si, en effet, souvent l'épistaxis a lieu avant l'otite, si celle-ci peut être un effet du traitement de celle-là, on trouve aussi des cas où l'épistaxis accompagne l'otite, évolue sous l'influence du même raptus sanguin, marque pour ainsi dire son début (1);

(1) *Obs.* (p. 149 registre Salpêtrière). — Mme S..., 28 ans, enceinte de deux mois. Depuis un mois prises de douleurs rhumatismales erratiques, de maux de tête et de mal de gorge, avec malaise le soir ; puis épistaxis

alors on l'a vue parfois se produire par la narine opposée à l'oreille frappée d'otite. Ces faits montrent qu'il y a, et plus souvent qu'on ne pense, un rapport d'évolution très intime entre les deux phénomènes qui seraient simultanés en pareil cas, et non l'un consécutif à l'autre.

On ne peut oublier les faits dans lesquels l'hémorrhagie a pu, quel que fût son point de départ, faire irruption à la fois par la narine et par la trompe; dans le même temps le sang a pris les deux voies. La sténose nasale aide à ce reflux. Par suite, au mode de genèse de l'otite bien admis aujourd'hui, celui qui consiste dans l'irritation due au contact du tampon, et surtout à la pénétration des humeurs et du sang putréfiés dans les caisses, retenus qu'ils sont dans les fosses nasales, il en est d'autres à ajouter. L'oreille peut donc être envahie primitivement ou secondairement par le sang; l'otite est primitive et hémorrhagique, ou secondaire et infectieuse, putride; mais dans les deux cas il y a eu pénétration de corps étrangers dans la cavité de l'oreille moyenne. Dans tous les cas, que vient faire le tampon? il s'oppose à la sortie du sang quand il a pénétré déjà dans la caisse ou bien il facilite la pénétration des humeurs putrides dans l'oreille jusque-là indemne.

De toutes façons il est nuisible.

Le sang hors des vaisseaux, stagnant dans les cavités nasales ou auriculaires, se putréfie, mêlé à la multitude des micro-organismes qu'elles contiennent : l'inflammation est de nature septique. Le tampon enferme « le loup dans la bergerie » et l'otite infectieuse ou des otites bilatérales suppuratives simultanées se déclarent avec le caractère de gravité, avec la rapidité d'invasion et d'évolution de ces affections septiques. Mais il y a plus.

par la narine gauche; bourdonnements et surdité gauche, et douleur vive à l'oreille gauche avec battements ; trompe oblitérée : m. à 15 cent. tympan violet excavé sans reflet; immobile; fluxion énorme et gonflement du cornet inférieur gauche dont la muqueuse est violetée mat ; pharynx avec pilier gauche postérieur et face latérale gauche rouge cramoisi, déglutition un peu douloureuse; rien ailleurs.

Si l'obstacle n'est pas levé à temps, ce n'est pas le malade qui demandera secours; depuis longtemps il peut être dans le coma ou en délire; et le diagnostic dès lors se fera par l'issue brutale d'un flot de pus infect par l'une ou les deux oreilles; ou bien, le malade succombera par la propagation de l'infection à la cavité crânienne. Cette cruelle terminaison n'est point rare. J'en ai cité un fait en 1882. Dans une étude récente sur l'épistaxis, l'auteur en donnait, avec un historique très incomplet, quelques nouveaux exemples. Il est donc de notre devoir de répéter que le tamponnement postérieur des fosses nasales est dangereux, non seulement pour les oreilles, mais également pour la vie.

Ce n'est pas le tampon qui est plus ou moins mal fait; c'est le tamponnement lui-même qui est une opération très malfaisante; plus longtemps le tampon reste en place, plus le danger est grand.

Le tamponnement postérieur des fosses nasales est une opération qui n'est plus rationnelle dans l'état actuel de la chirurgie et des connaissances micro-biologiques.

Dans l'observation qu'on va lire, le tampon est resté fort longtemps, l'hémorrhagie étant rebelle; aussi je ne la produis pas comme un élément de jugement du temps pendant lequel il doit être maintenu aux choanes; mais c'est un fait, très net, où les signes de complications du côté du cerveau ont été des plus sérieux et avaient complètement fait dévoyer le diagnostic et mis en échec la perspicacité d'un praticien très instruit; en effet, l'existence d'une albuminurie chronique semblait donner l'explication naturelle de l'apparition des symptômes cérébraux qui succédaient à l'épistaxis (1).

La nocuité du cloaque infect constitué par le tamponnement passait inaperçue.

La crainte de l'épistaxis est salutaire; mais celle des otites suppurées évoluant simultanément (l'épistaxis serait symp-

(1) Aujourd'hui, le malade guéri affirme avoir déjà souffert de l'oreille quelque temps avant le tamponnement.

tomatique) ou consécutives au tamponnement postérieur ne saurait être trop éveillée.

Obs. (résumée). — M. M..., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement il y a un mois, sur son chantier, d'une épistaxis intense par la narine droite, qui résista aux premiers soins et le força à rentrer chez lui.

Depuis cinq ans, cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible, mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé, après deux jours d'essais infructueux de tous les moyens d'hémostase, de pratiquer le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet.

Il eut la précaution de faire le lavage de la fosse nasale, avec des solutions légèrement phéniquées chaudes, mais le tampon dut être maintenu plusieurs jours, trois jours et demi, au dire du malade.

Dès la deuxième nuit, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête, et dans l'oreille droite ; il a de la fièvre, de l'agitation ; il se plaint et paraît très affaissé ; il avale difficilement. La journée et la nuit suivantes sont plus mauvaises encore, les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon ; le cou est gonflé, douloureux ; la tête s'incline de ce côté, et le malade laisse échapper des cris de douleur ; il se lève, se recouche, il a les yeux brillants et semble très abattu. La tête est chaude, et tout le côté droit très sensible au toucher ; le troisième jour, le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine, il est étendu, geint, et pousse des cris par moments.

Les calmants, le sulfate de quinine, les sinapismes, n'arrivent pas à procurer le repos ; puis la torpeur devient continuelle ; la somnolence difficile à vaincre et les réponses sans suite ; en réalité on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la quatrième nuit, on enlève le tampon postérieur, on lave les fosses nasales, et l'on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont couverts, sont baignés de pus jaune épais, d'odeur infecte, comme l'humeur qui coule du nez

débarrassé du tampon. L'oreille est sourde totalement à droite, la région mastoïde rouge, chaude, douloureuse, et le pavillon saillant en avant. Il y a un léger torticolis à droite.

De plus le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée, affaissé toujours, mais conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer depuis cette issue d'un flot de pus pendant la nuit.

En définitif le troisième jour et la quatrième nuit la situation a été des plus critiques.

Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus, et le coma succédait évidemment à la période d'agitation et de plaintes.

C'est à ce moment que la famille prévenue du danger me fait appeler, non comme auriste, puisque l'oreille n'a pas encore coulé, mais comme médecin autrefois bien connu d'elle; et j'arrive auprès du malade le matin du jour où l'issue du pus l'a sauvé, en même temps qu'elle a posé le diagnostic, et assez à temps pour expliquer la pathogénie de la grave complication otique, des accidents cérébraux, et pour constater une fois de plus les méfaits du tampon postérieur.

Quinze jours après, la suppuration est moins abondante, le gonflement chaud de la région mastoïde a disparu, le tympan est plan rosé, la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé au dehors par le Politzer, qui siffle maintenant.

Le malade mange et ne souffre plus.

La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore, la gorge est bien ; l'engorgement du cou a disparu; mais il reste un état très fâcheux de faiblesse intellectuelle et de paresse des jambes.

Un mois plus tard le malade peut venir me voir, et je trouve l'état général aussi satisfaisant que possible, et l'oreille en bonne voie de cicatrisation ; la montre est entendue à 5 ou 6 centimètres du côté de l'otite et la perception crânienne est revenue.

M. Saint-Hilaire. — Il y a des cas où l'hémorrhagie ne peut être arrêtée sans tamponnement postérieur. Ces cas sont rares, il est vrai, mais ne doit-on pas intervenir sous prétexte que les malades pourraient avoir une otite suppurée? Ou M. Gellé a-t-il un autre moyen à proposer ?

M. Chatellier. — Il n'y a pas d'hémorrhagie qui nécessite l'emploi du tampon postérieur. L'épistaxis est toujours causé par une rhinite limitée à la partie antérieure de la cloison ; on voit l'artère battre et on n'a qu'à tamponner en avant. J'ai vu un cas où une malade saignait depuis trois semaines ; après l'ablation des caillots, il se produisit un jet de sang gros comme une mine de crayon ; une cautérisation fut faite avec du nitrate d'argent, et un tampon fut placé en avant ; lorsqu'il fut enlevé, l'hémorrhagie recommença, et on dut en laisser un second pendant quarante-huit heures.

M. Lubet-Barbon. — Dans 90 0/0 des cas, l'hémorrhagie est localisée en avant de la cloison.

M. Luc. — Le plus souvent, en effet, l'épistaxis est due à une lésion de la partie antérieure de la cloison, mais l'ulcération peut siéger en arrière, ou bien l'hémorrhagie peut se produire à la suite d'une intervention chirurgicale, alors le tamponnement postérieur devient indispensable, mais il doit être antiseptique, par exemple iodoformé et l'otite n'est plus à craindre.

M. Gouguenheim. — Cette question est capitale ; il faut dire bien haut que le tampon postérieur est dangereux et que le tampon antérieur est très utile.

Pour les hémorrhagies post-opératoires, la gaze iodoformée donne d'excellents résultats.

Cependant M. Gellé a peut-être exagéré le danger du tamponnement postérieur, je l'ai pratiqué plusieurs fois, et je n'ai vu se produire aucune complication, mais je le laissais deux jours au plus.

M. MARTIN. — Il faut distinguer entre le tamponnement fait par la partie antérieure et celui qui est introduit par la partie postérieure, à cause des traumatismes qui peuvent être produits.

M. LŒWEMBERG. — Je désirerais savoir si M. Gellé a constaté en même temps que l'épistaxis une congestion de l'oreille.

M. CHATELLIER. — La gaze iodoformée est mal tolérée ; celle au salol ou à l'iodol est préférable.

M. GOUGUENHEIM. — Je ne suis pas de cet avis, de plus la gaze iodoformée est hémostatique, plusieurs observateurs l'ont constaté.

M. Martin a soulevé la question de traumatisme, je n'emploie jamais la sonde de Belloc, mais la sonde molle en caoutchouc, si facile à faire pénétrer et à saisir sans déchirer la muqueuse.

M. GELLÉ. — J'ai arrêté une hémorrhagie énorme en faisant une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon.

Ce qui constitue le danger dans le tamponnement, c'est la présence entre les deux bouchons d'un véritable foyer de septicémie. Je répondrai à M. Lœwemberg que j'ai constaté qu'il y avait en même temps une fluxion sanguine dans l'oreille.

Deux cas d'empyème fétide du sinus maxillaire sans altération dentaire apparente.

Par le Dr Luc.

Dans la revue critique que nous fîmes paraître, il y a deux ans (1), dans les Archives de laryngologie, sur la question des abcès du sinus maxillaire, nous émettions l'opinion, basée d'ailleurs sur un grand nombre de cas, que presque toujours ces abcès étaient d'origine dentaire et que la dent qui est le point de départ de la suppuration se montre en général profondément détruite.

(1) *Arch. de laryng.*, 1889, p. 145-204.

Nous soutenions, cette année encore, la même thèse, à la Société française de laryngologie, contre nos collègues MM. Moure, Ruault et Gouguenheim. Or, depuis notre premier travail, nous avons eu l'occasion d'observer et de publier (1) un cas de suppuration du sinus complètement indépendant de toute carie dentaire et apparemment attribuable à une poussée antérieure d'érysipèle. Les deux nouveaux faits que nous publions aujourd'hui sont également en opposition avec notre première opinion, car nous y voyons la suppuration du sinus causée par une altération dentaire tellement légère qu'il était impossible de la soupçonner avant l'extraction de la dent.

I

Mme B... vint nous consulter, pour la première fois, il y a plus d'un an, pour des phénomènes anormaux ayant leur siège exclusif dans la fosse nasale droite et consistant en une sécrétion purulente abondante de ce côté, parfois accompagnée d'une sensation de fétidité. L'examen de cette fosse nasale m'ayant révélé dans le méat moyen la présence d'une nappe de pus crémeux, légèrement fétide, recouvrant des végétations polypeuses, je songeai immédiatement à la possibilité d'un abcès du sinus, et mon attention se porta aussitôt sur les dents; mais, à l'exception des deux premières grosses molaires inférieures qui manquaient, la dentition de la malade me parut en excellent état: les molaires supérieures notamment ne montraient pas la plus légère altération de leur substance et n'offraient pas la moindre sensibilité à la percussion.

Persuadé à cette époque que la possibilité d'une suppuration du sinus indépendante de la carie dentaire n'était rien moins que prouvée, je me contentai de prescrire des lavages nasaux boriqués et réservai provisoirement mon diagnostic.

Je ne revis la malade qu'un an plus tard (octobre 1891). Son état était identiquement le même que la première fois et ses lavages nasaux ne la débarrassaient que transitoirement de ses phénomènes d'enchifrènement et de sécrétion nasale fétide.

(1) *Ibid.*, 1891, p. 73.

*

Dans l'intervalle cependant nos idées s'étaient modifiées et je songeai à explorer cette fois le sinus à l'aide de l'éclairage électrique, moyen dont je ne disposais pas la première fois que j'avais été consulté par la malade. Or le résultat de cette épreuve fut péremptoire. Exécutée dans une pièce complètement obscure elle nous montra la totalité de la région malaire gauche vivement éclairée jusqu'à la paupière inférieure, tandis que la même région formait comme une tache obscure à droite.

La présence du pus dans le sinus était donc un fait bien établi sans que je pusse tout d'abord m'en expliquer l'origine, car les dents supérieures n'étaient ni malades ni sensibles à la percussion. En revanche, j'appris que deux ans auparavant la malade avait été opérée, par le Dr Ch. Walther, de laparotomie avec ablation des annexes de l'utérus des deux côtés, pour une salpingite hémorrhagique remontant à 8 ans environ et ayant affecté une allure aigüe dans les deux derniers mois et qu'une quinzaine de jours après l'opération elle avait éprouvé, pendant une semaine, dans la moitié droite de la face, des douleurs névralgiques accompagnées d'une grande sensibilité des dents de ce côté, rendant la mastication très douloureuse (1).

Quoi qu'il en fût, l'opération s'imposait et je laissai à la malade le soin de décider entre l'ouverture par la fosse canine et celle par l'alvéole d'une molaire dont elle aurait à accepter le sacrifice. Cette dernière opération ayant été acceptée, je priai mon confrère, M. le Dr Brochard, de pratiquer l'extraction de la première grosse molaire dont les racines plongent, comme on le sait, les plus près du plancher du sinus. En outre, la position assez reculée de cette dent devait rendre son absence moins visible que celle d'une des petites molaires. L'ouverture du sinus pratiquée après insensibilisation au moyen du bromure d'éthyle (7 octobre 1891) fut des plus simples et je pus recueillir au moyen d'une piquette de Pasteur introduite dans le trajet alvéolaire une quantité suffisante de pus, en vue d'une recherche bactériologique. Le reste du

(1) Je dois ces renseignements à mon ami le Dr Charles Walther qui avait bien voulu m'adresser la malade.

pus fut expulsé par la fosse nasale au moyen d'un lavage boriqué, la canule de la seringue étant également introduite dans le trajet alvéolaire.

Le pus présentait la fétidité et les grumeaux habituellement observés dans les suppurations du sinus d'origine dentaire.

L'examen bactériologique de ce pus pratiqué par mon ami le Dr Ledoux-Lebard y révéla la présence de filaments composés d'articles les uns arrondis (coeci), les autres allongés et ovoïdes.

L'ensemencement du pus, en stries, sur agar, donna, à la température de 38°, de petites colonies punctiformes dans lesquelles on retrouva exclusivement les filaments articulés sus-indiqués.

L'ensemencement de ces colonies sur de la gélatine à 18 ou 20° resta stérile. Un cobaye inoculé dans l'abdomen avec quelques gouttelettes de pus diluées dans l'eau stérilisée survécut à l'expérience.

Nous n'insistons pas sur les soins consécutifs : nous suivîmes exactement la méthode indiquée dans un précédent travail (1).

Il était intéressant de connaître l'avis du Dr Brochard relavement à l'état de la dent extraite. On sait, en effet, que la première grosse molaire est celle dont l'inflammation s'étend le plus volontiers à la muqueuse du sinus et, dans l'espèce, bien que le tissu de la dent parût absolument intact, le fait que cette dent était légèrement déchaussée pouvait faire soupçonner l'existence de lésions plus profondément situées. Effectivement, M. Brochard constata, au niveau des racines, des traces d'inflammation ancienne caractérisées par de l'épaississement de ces racines qui, au lieu de se terminer en pointe, présentaient des extrémitées renflées en massue. Cette lésion rapprochée des commémoratifs sus-mentionnés permettait de reconstituer l'histoire pathogénique de l'empyème du sinus. Il était en effet assez naturel d'admettre que les douleurs éprouvées deux ans

(1) *Arch. de laryng.*, 1891, p. 5.

auparavant par la malade dans la moitié droite de la face et notamment au niveau des dents avaient été causées par une poussée de périostite alvéo-dentaire dont nous retrouvions les traces au niveau des racines de la dent extirpée et que cette inflammation bientôt calmée au niveau de la dent elle-même s'était étendue à la muqueuse du sinus où elle avait abouti à une suppuration ne déterminant d'autres manifestations qu'un écoulement intermittent de pus par la fosse nasale correspondante.

II

Presque simultanément j'avais l'occasion d'observer un second fait offrant avec le précédent la plus étroite analogie.

Il s'agissait cette fois d'un homme d'une cinquantaine d'années, originaire du Mexique, qui vint me consulter le 16 octobre dernier pour un écoulement fétide de la fosse nasale droite dont il faisait remonter le début à une dizaine d'années. Je trouvai, à la rhinoscopie antérieure, le méat moyen rempli de pus caséeux et soupçonnai immédiatement un empyème de l'antre maxillaire correspondant, présomption qui fut aussitôt confirmée par l'éclairage électrique de la bouche.

Pourtant, malgré son âge, le malade avait toutes ses dents de la mâchoire supérieure en parfait état. La première grosse molaire droite offrait seulement au niveau du bord interne de sa couronne une petite encoche pouvant tout au plus loger un grain de millet, et qui paraissait plutôt l'effet d'une brisure traumatique que celui d'un processus nécrotique. La dent n'était d'ailleurs nullement sensible à la percussion et le malade affirmait n'en avoir jamais souffert plus que des autres. Aussi eut-il quelque peine à se décider à son extraction. Cette dent enlevée, je constatai au niveau de l'extrémité de sa plus longue racine un renflement analogue à ceux mentionnés dans la précédente observation et indiquant une poussée antérieure de périostite qui n'aurait donné lieu à aucun symptôme subjectif.

Quand j'interrogeai le malade sur le début de son affection nasale, il me dit seulement qu'il lui avait semblé que la suppu-

ration nasale avait débuté, une dizaine d'années auparavant, à la suite d'un accès de fièvre occasionné par un refroidissement. Il ajouta qu'il n'avait pas eu la syphilis.

La perforation de la paroi inférieure du sinus par l'alvéole de la molaire extraite, pratiquée le 21 octobre, après anesthésie avec le bromure d'éthyle, et suivie d'un lavage boriqué, permit, comme dans le cas précédent, d'expulser de cette cavité une grande quantité de pus fétide et grumeleux.

La conclusion pratique qui se dégage de ces deux faits c'est que, contrairement à notre première opinion, il n'est pas nécessaire qu'une molaire (et particulièrement la première grosse molaire) soit profondément cariée pour occasionner des complications vers le sinus. La lésion initiale de la suppuration de cette cavité peut consister simplement en une attaque de périostite alvéolo-dentaire pouvant elle-même ne s'accompagner d'aucune modification dans la portion visible de la dent et évoluer d'une façon absolument latente.

En pareil cas l'inspection la plus minutieuse de la dentition ne fournira aucun renseignement relativement à l'hypothèse d'un empyème de l'antre d'Highmore et seule la méthode d'éclairage électrique des cavités centrales de la face donnera la solution péremptoire du problème pathologique.

M. Lœwemberg. — Est-ce par principe que M. Luc n'intervient jamais par les fosses nasales ?

M. Luc. — Oui, car je n'ai jamais obtenu de bons résultats en intervenant par l'orifice normal, ou en ponctionnant par le méat inférieur. En faisant un lavage par l'orifice normal, on n'atteint que la partie supérieure du sinus : quant à la ponction par le méat inférieur, il n'est pas toujours facile de la faire, on rencontre quelquefois une paroi osseuse très dure, et dans une tentative que j'ai faite j'ai eu une hémorrhagie considérable. Je suis d'avis qu'il faut enlever la première grosse molaire; les considérations anatomiques expliquent pourquoi le traitement agit alors d'une façon plus efficace.

M. MARTIN. — J'ai guéri des malades en faisant simplement des lavages par l'orifice de communication du sinus maxillaire avec le méat moyen.

M. LUC. — C'est l'exception. On peut essayer de faire un lavage si toutes les dents sont bonnes.

Névralgie naso-lobaire symptomatique d'une syphilis nasale tertiaire.

Par le Dr GELLÉ.

Il y a quelques jours se présentait, à ma consultation de la Salpêtrière, un garçon de 14 ans, qui en paraît 12 à peine, il est atteint d'otorrhée droite depuis sa première année, avec surdité presque absolue de ce côté.

L'oreille gauche est restée assez bonne.

Il y a des intermittences dans cet écoulement, mais il ne s'est jamais guéri, bien que soigné attentivement.

Voici ce qui me fait conduire l'enfant; depuis quinze jours, il ne sort plus rien de l'oreille, dit la mère, mais il existe des mouvements choréiques du bras et de la jambe à droite; la figure grimace; l'enfant laisse tomber ce qu'il tient; il est en repos la nuit, boit et mange bien : hémichorée droite.

L'examen de l'oreille, après nettoyage extemporané à sec, montre une large perforation triangulaire dans le segment antéro-inférieur; le fond est fongueux et saignant, couvert de pus crémeux.

L'audition n'est pas améliorée par le nettoyage à fond; sifflement de perforation par Valsalva. La respiration est difficile par le nez, et ronflante; l'inspiration est possible, mais très difficile l'expiration, même après le moucher.

On constate une sécrétion nasale très abondante muco-purulente qui est habituelle à peu près, et moindre l'été; la muqueuse rose pâle est totalement hypertrophiée, adossée à elle-même surtout en haut et au fond; le cornet inférieur masque le supérieur des deux côtés; la voix a un timbre nasonné, l'enfant prononce et lit assez clairement, sans trop de gêne respiratoire, mais s'essouffle vite à la course.

Dans le pharynx et le cavum, glaires épaisses, sans tumeurs ni saillies autres que celles des extrémités des deux cornets inférieurs de couleur rose pâle, le doigt ne sent rien autre chose. Aucune douleur, aucun antécédent de tubercule dans les ascendants, les deux autres enfants sont en bonne santé, ainsi que le père et la mère qui présente le petit malade.

Celui-ci a les dents mal plantées, mais en pleine évolution ; l'ogive palatine peu profonde.

De quelle nature est cette affection si tenace ? La persistance de l'otorrhée, son début dans la première année de la vie et dans des conditions hygiéniques assez bonnes, l'absence de tuberculose, sont des raisons suffisantes pour admettre l'existence d'une diathèse spécifique mais non pour la prouver.

Mais je reconnais la mère, que j'ai soignée autrefois pour un de ces faits qui s'oublient peu. Cela date de 7 ans; et j'ai retrouvé la note prise à son sujet, la voici ; on y trouve la réponse à la question d'origine et de nature de l'affection de cet enfant, tant de l'otorrhée que de la rhinite chronique, et peut-être aussi de l'hémichorée actuelle.

Observation. — Mme C..., grande et forte femme de 39 ans, mère de trois enfants bien portants, jouit d'une bonne santé habituelle. Elle vient consulter pour une douleur vive, spontanée, persistante, qui siège sur la face latérale droite du nez, et dont le foyer, le point le plus sensible, est précisément à l'union du cartilage et de l'os propre du nez.

Cette douleur, par élancements, rayonne vers l'angle interne de l'œil et le trou sus-orbitaire ; elle n'est pas plus violente la nuit; on ne trouve absolument rien à l'inspection de la région, rien du côté de l'œil ni du sac lacrymal, pas d'épiphora, pas de coryza.

L'exploration de la fosse nasale ne montre rien d'anormal, même comparaison faite avec le côté gauche, ni exsudat, ni gonflement; la cloison est droite et l'inspection facile.

Il n'y a pas d'anosmie. En haut, il semble que l'espace est rétréci au-devant du cornet moyen, mais celui-ci est normal de forme, de couleur, et ne diffère pas du voisin; il n'y a rien

à la voûte palatine, ni sous le voile, ni dans le pharynx ; nul trouble de la voix, ni de la déglutition.

Quinze jours plus tard, on découvre un changement manifeste dans le tableau, il n'existe plus du côté droit aucun espace vide; partout, en haut surtout, la muqueuse est accolée à elle-même, sèche, et à peine teintée de carmin ; il y a un petit jour au-dessous du cornet inférieur collé à la cloison. Aucune douleur dans la fosse nasale, mais persistance de celle du dos du nez, du sillon naso-lobaire à l'angle de l'œil. En ce point cependant on ne constate aucune modification de forme ni de couleur.

A la fin du mois (avril 1884), malgré un traitement résolutif bien suivi (irrigations, fumigations, attouchements et sirop de raifort iodé), l'aspect de la fosse nasale n'a pas changé, tout est toujours resté comblé par l'hypertrophie générale de la muqueuse; il n'y a pas trace d'exsudat, pas de douleur locale.

Dans l'autre narine, les voies sont libres et le tableau bien différent.

Mais il y a un fait nouveau : sur la face latérale droite du nez, au point correspondant à la douleur superficielle si précoce, on observe une tuméfaction rouge diffuse, aplatie, oblongue de bas en haut, avec léger œdème, avec douleur très supportable à la pression.

Le nez est manifestement déformé sur ce point par un gonflement adhérent aux parties osseuses, et cette tuméfaction grossit lentement, sans s'étendre, et sans réaction aucune dans les plexus lymphatiques ni les ganglions.

Cette nouvelle apparition vient éclairer le diagnostic resté en suspens jusque-là au rapport de l'étiologie du processus; on reconnaît une affection osseuse ou ostéo-périostique dont la nature spécifique ne laisse plus de doute.

En effet, le traitement indiqué dès lors a rapidement enrayé le progrès du mal, et fait disparaître en quinze jours la tuméfaction nasale, et en un mois la plus grande partie de l'hypertrophie énorme de la muqueuse de la fosse nasale droite.

Voilà le fait, intéressant par son évolution, observé avec soin

grâce à la douleur névralgique naso-lobaire prémonitoire.

Au point de vue de l'enfant de cette dame, il devient probable que l'otorrhée, la rhinite chronique sont des manifestations de l'hérédo-syphilis.

J'ai rapproché les deux faits parce qu'on ne trouve pas toujours l'occasion de saisir aussi précisément la relation de cause à effet; le médecin de famille seul voit en pareil cas avant tous à quel ordre d'affection il a affaire, sans attendre les désordres et les lésions caractéristiques mais irréparables.

Une sangsue dans un larynx.

Par le Dr C. Aubert (d'Alger).
(Note présentée par M. Ruault).

Le 22 septembre 1891, Mme B..., 57 ans, de Blad-Guitoun (Kabylie), m'est adressée par M. le Dr Ramakers, chirurgien de l'hôpital d'Alger-Mustapha. Cette dame, malade depuis 7 jours, lui a été adressée à lui-même par MM. les Drs Agussol, de Blad-Guitoun et Bérard de Ménerville, avec le diagnostic de «sangsue dans les voies aériennes. »

C'est le 16 septembre au soir que l'accident est arrivé. La malade se rappelle avoir attribué à la mauvaise qualité du vin qu'elle buvait une vive piqûre qu'elle a ressentie soudain à la gorge pendant son dîner. Calme absolu jusqu'à 11 heures du soir, où elle est brusquement réveillée par des accès de suffocation. Ces accès n'ont pas cessé depuis lors, de plus en plus violents, et se sont accompagnés de crachements, parfois même de véritables vomissements de sang, d'extinction de voix, d'un bruit de drapeau, de grelots aux deux temps de la respiration. De nombreux remèdes indigènes (le cas est, paraît-il, assez fréquent en Kabylie), gargarismes, fumigations, vomitifs, avec du tabac vert, du sel, du vinaigre, de l'eau de mer, ont échoué; les tentatives d'extraction faites par nos confrères ont été également infructueuses.

La malade m'arrive anhélante, profondément anémiée par la perte de sang qu'elle ne cesse de cracher. La voix est à peine distincte, le pouls petit, la face cyanosée. La sangsue, me dit-elle, a été sentie hier, au doigt, par le Dr Bérard, à Mé-

nerville. Une crise terrible, la suffocation, est encore survenue ce matin dans le train qui amenait la malade à Alger.

Mon premier examen fait soit au projecteur à gaz, soit au laryngoscope électrique de Chardin me fait voir sur le fond du pharynx, sur le repli aryténo-épiglottique gauche, enfin sur l'épiglotte, trois morsures triangulaires typiques, saignant encore, mais d'annélide, point. Ce n'est qu'après de minutieuses recherches, en provoquant un mouvement d'expiration exagéré, que j'arrive à l'apercevoir tout à fait en bas de la face postérieure de l'épiglotte.

Je suis d'ailleurs obligé de suspendre bien vite aussi bien l'examen que les tentatives d'extraction faites, soit avec le serre-nœud de Wilde soit avec la pince de Cusco, car de graves menaces de suffocation se produisent soudain. La sangsue se déplaçant une cinquième fois, s'est laissé tomber sur la glotte, a franchi les cordes vocales et un dernier coup d'œil dans le miroir, un calme relatif s'étant produit, me la montre fixée vers le premier anneau trachéal, en avant.

Grâce à l'obligeance du Dr Ramakers, une heure après, la malade était reçue dans son service à l'hôpital de Mustapha et, devant l'imminence de l'asphyxie, nous pratiquions la trachéotomie. Elle est faite sans difficulté, sous le chloroforme et la canule no 5 de Krishaber assurant la libre respiration, il nous est possible de reprendre les tentatives d'extraction de l'annélide par les voies naturelles. Ce n'est qu'après bien des efforts, et au moment où, munis de la canule tampon de Trendelenbourg, nous allions faire la cricotomie, qu'un dernier coup de pince de Cusco, donné sous le contrôle du miroir devant de forts rayons solaires — et si bas que la pince va toucher la convexité de la canule — ramène enfin la sangsue, longue de 4 cent. et grosse comme un crayon ordinaire.

Le développement rapide de cet annélide nous semble digne d'être noté. Avalé à l'état filiforme, absolument invisible dans l'eau, il lui a suffi de sept jours pour atteindre ses dimensions actuelles. Nous ajouterons que la trachéotomie préalable, bien loin de nous laisser un regret, nous a été précieuse.

Elle était d'urgence.

Elle a donné à la patiente le calme nécessaire aux recherches minutieuses et douloureuses qui ont suivi.

Elle nous permettait enfin, en cas d'insuccès complet par les voies naturelles, de poursuivre l'opération d'ouverture du larynx en toute sécurité.

J'avais, en prévision de ce cas, fait mon incision assez bas, et aussi dans la crainte que la sangsue, dérangée soit par le bistouri, soit par la canule, ne se laissât tomber encore plus bas, avant l'introduction de cette dernière.

Les suites de l'opération ont été très simples. Le 23 au matin j'enlevai la canule : deux jours après la plaie était fermée, un peu de broncho-pneumonie post-trachéotomique, dont quelques ventouses et la glycérine créosotée (Ledoux) ont eu vite raison. La voix seule est longue à redevenir normale, sans doute à cause de l'anémie de tout l'organe vocal. Le 6 octobre la malade sort de l'hôpital et retourne à Blad-Guitoun avec un traitement tonique à suivre.

Je ne terminerai pas cette observation sans adresser à mon excellent confrère le Dr Ramakers tous mes remerciements pour l'honneur qu'il m'a fait de me permettre d'opérer dans son service cette intéressante malade, et pour l'assistance éclairée et bienveillante qu'il a bien voulu me prêter.

Un cas de polype sous-glottique.

Par M. Papadapoulos (d'Athènes).

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous rendre compte d'un cas de polype sous-glottique, que j'ai observé et opéré suivant le procédé de mon maître le Dr Fauvel, à sa clinique.

Mlle M., âgée de 18 ans, couturière, vint à la clinique le 10 octobre dernier, se plaignant d'une aphonie presque complète avec dyspnée et sensation fort désagréable de corps étranger dans le larynx, l'obligeant à faire *hèm* à chaque instant pour se débarrasser de l'obstacle à la respiration. Les premières traces de ces phénomènes, nous raconte-t-elle, ont apparu il y a trois mois, sans aucune maladie préalable. Sa

voix était toujours voilée; elle a consulté divers médecins, mais sans résultats. Elle est bien constituée et n'a jamais été malade. Ses parents jouissent d'une bonne santé. Un minutieux examen pulmonaire n'a rien révélé d'anormal.

A l'examen laryngoscopique, pendant l'émission du son aigu *é*, on ne voit que les cordes vocales blanches nacrées, sans rien d'anormal. Mais si on prie la malade de faire une inspiration profonde, on aperçoit une tumeur pyriforme, rosâtre, du volume d'un petit pois, à surface lisse, occupant le tiers antérieur de la commissure glottique et insérée sur la paroi thyroïdienne, juste au-dessous de la moitié antérieure de la corde vocale gauche.

M. le Dr Fauvel, à qui j'ai eu l'honneur de présenter la malade, vu la rareté du cas, ayant bien voulu consentir à me confier l'opération, j'ai extirpé le polype séance tenante, à l'aide de la pince de Fauvel, sans trace de sang et sans le moindre endommagement des cordes vocales.

La dyspnée a disparu après l'opération et la voix devint d'une clarté parfaite.

J'ai jugé ce cas intéressant parce qu'il démontre une fois de plus que la pince de Fauvel rend l'extirpation des polypes sous-glottiques par les voies naturelles facile et à la portée des mains jeunes encore dans la pratique de la chirurgie endolaryngienne.

Le Dr Aubert (d'Alger) pose sa candidature au titre de membre correspondant national de la Société : Une commission composée de MM. Ruault, Luc et Saint-Hilaire est nommée pour étudier cette candidature.

La Société se réunit en comité secret pour discuter la fusion des deux Sociétés de laryngologie votée par la Société Française d'otologie et de laryngologie. La *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris* accepte, à la majorité, cette fusion.

Le Gérant : Victor GOUPY.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71